

Formulario de declaración de la responsabilidad del seguro médico del empleado 2011

Usted completa este formulario porque ha rechazado participar en el plan del seguro médico patrocinado por su empleador y/o ha rechazado participar en el acuerdo de compra previo al cálculo de los impuestos "Plan Cafetería Sección 125" de su empleador. Un Plan Sección 125 no es un seguro médico; es una manera de comprar seguro médico previo al cálculo de los impuestos. Para obtener información sobre opciones económicas de seguro médico, visite la Commonwealth Connector en www.mahealthconnector.org

Sección del empleador

Empleadores: Por favor, complete esta sección. Vea las instrucciones más abajo.

Nombre del empleador:

Número federal de identificación como empleador (FEIN por sus siglas en inglés):

Nombre comercial del empleador:

Dirección del empleador:

Ciudad | Estado | Código postal:

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Ofreció un "Plan Cafetería Sección 125" a este empleado? | Sí | No |
| 2. ¿Ofreció un seguro médico patrocinado por el empleador a este empleado? | Sí | No |
| 3. ¿Cuál es el monto en dólares de la parte del empleado del costo mensual de la prima del plan médico individual menos costoso ofrecido por el empleador al empleado? | \$ | |

Sección del empleado

Empleados: Por favor, complete esta sección. Vea las instrucciones más abajo.

Nombre del empleado

Inicial

Apellido del empleado

Sufijo

1. ¿Aceptó el seguro médico patrocinado por su empleador?

Sí No No ofreció ninguno

2. ¿Estuvo de acuerdo en usar el "Plan Cafetería Sección 125" de su empleador?

Sí No No ofreció ninguno

3. ¿Tiene otro seguro médico? Sí No

Testimonio del empleado

Afirmo por la presente, bajo penalidad por falso testimonio, que toda la información provista aquí es veraz según mi conocimiento. También entiendo que si no tengo seguro médico podría ser responsable por el costo total de todo el tratamiento médico, que podría perder una parte o toda mi exención impositiva personal de Massachussets y quedar sujeto a otras penalidades según la Ley General de Massachussets, c. 111M que el Formulario de declaración de la responsabilidad del seguro médico del empleado incluye información que debe incluirse en mi declaración impositiva de Massachussets y que debo guardar una copia del formulario firmado.

Firma del empleado

Fecha (MM/DD/AA)

El empleado debe guardar este documento durante tres (3) años y ponerlo a disposición si lo solicita la División de Finanzas y Políticas de la Atención Médica y la División de Rentas según lo requiera la reglamentación del estado 114.5 CMR 18.00.

Instrucciones

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre del empleador

El empleador debe indicar el nombre legal de la compañía.

Nombre comercial

El empleador debe indicar el nombre comercial de la empresa, si corresponde.

Dirección del empleador

El empleador debe indicar la dirección comercial incluyendo la ciudad, estado y código postal.

Pregunta 1

El empleador debe indicar Sí o No.

Pregunta 2

El empleador debe indicar Sí o No.

Pregunta 3

El empleador debe declarar el monto en dólares de la parte del empleado del costo mensual de la prima del plan médico individual menos costoso ofrecido por el empleador al empleado.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre del empleado

El empleado o empleador debe indicar el nombre del empleado.

Apellido del empleado

El empleado o empleador debe indicar el apellido del empleado.

Número de identificación impositiva o del Seguro Social del empleado

El empleador o empleador debe indicar el número de identificación impositiva o del Seguro Social del empleado.

Pregunta 1

El empleado debe indicar Sí, No o Ninguno ofrecido si no se ofrece seguro médico.

Pregunta 2

El empleado debe indicar Sí, No o Ninguno ofrecido si no se ofrece un "Plan Cafetería Sección 125".

Pregunta 3

El empleado debe indicar Sí o No.

Firma del empleado

El empleado debe firmar y fechar el Formulario de declaración de la responsabilidad del seguro médico del empleado (HIRD por sus siglas en inglés).

Nota al empleador sobre la firma del empleado

Si el empleado rehúsa firmar y fechar el formulario, el rechazo debe hacerse constar por escrito y firmado por un representante autorizado de la compañía (por ej., el dueño, supervisor o gerente, jefe ejecutivo, etc.).

VERSIONES ALTERNATIVAS DE ESTE FORMULARIO

Los empleadores pueden recrear su propia versión del Formulario de declaración de la responsabilidad del seguro médico del empleado. Sin embargo, se debe incluir toda la información, con las mismas palabras y orden y la secuencia y numeración de las preguntas debe ser exactamente igual a lo que aparece en la versión aprobada por la Commonwealth of Massachusetts.

DHCFP-EHIRD11